



HESSISCHER LANDTAG

10. 05. 2004

Kleine Anfrage

der Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
vom 17.03.2004

betreffend Krankenhausversorgung des Kreises Bergstraße

und

Antwort

der Sozialministerin

Vorbemerkung der Fragestellerin:

Der Kreis Bergstraße gehört mit seinen Krankenhäusern gemäß hessischem Krankenhausplan gemeinsam mit der Stadt Darmstadt, den Landkreisen Darmstadt-Dieburg, Groß-Gerau und dem Odenwaldkreis zum Versorgungsgebiet 6. Das Versorgungsgebiet umfasst insgesamt 18 Plankrankenhäuser (ohne Psychiatrie). In der Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplanes sind dem Kreis Bergstraße acht Krankenhäuser der Regelversorgung mit insgesamt 1.141 Betten (ohne psychiatrische Fachgebiete) zugeordnet.

Die Planbettenzahl im gesamten Versorgungsgebiet belief sich im Jahr 2001 auf 4.270 Planbetten, nach dem Krankenhausrahmenplan 2005 - Allgemeiner Teil - wird für das Jahr 2005 ein Bedarf an 3.748 Planbetten (ohne psychiatrische Fachbereiche) prognostiziert. Dies bedeutet für das Versorgungsgebiet eine Reduzierung um 522 Betten.

Vorbemerkung der Sozialministerin:

1. Krankenhausfinanzierungsgesetz

Mit In-Kraft-Treten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) am 1. Januar 1972 ist die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt worden. Entsprechend den vorangegangenen Änderungen des Grundgesetzes ist das duale Finanzierungsprinzip eingeführt und den Ländern bundesgesetzlich die Aufgabe der Krankenhausplanung zugewiesen worden. Bereits das Hessische Krankenhausgesetz vom 4. April 1973 enthielt hierzu die bundesgesetzliche Regelungen ergänzenden Ausführungsbestimmungen.

Durch das Krankenhausneuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 ist das KHG des Jahres 1972 umfassend novelliert worden. Als Folge des Rückzugs des Bundes aus der anteiligen Krankenhausfinanzierung beschränkt sich das Bundesrecht seither folgerichtig auf einige wenige Rahmenvorschriften zur Krankenhausplanung und zur Krankenhausfinanzierung.

In § 6 KHG wird normiert, dass die Länder zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen) Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen und dabei die Folgekosten zu berücksichtigen haben. Die näheren Einzelheiten sind durch Landesrecht zu bestimmen.

In § 7 KHG ist bestimmt, dass bei der Durchführung des KHG die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammenarbeiten. Das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme wird darüber hinaus verlangt, dass einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind. Auch hier bleibt die konkrete Ausgestaltung landesrechtlichen Regelungen überlassen.

In § 8 KHG ist bezüglich der Krankenhausplanung schließlich geregelt, dass die Krankenhäuser unter bestimmten weiteren Voraussetzungen Anspruch auf Förderung haben, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

2. Krankenhausplanung in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte

Bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Krankenhaus einen Feststellungsbescheid nach § 8 KHG erhalten kann, ist zu beachten, dass nach § 8 Abs. 2 KHG kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Bestimmung unter Rückgriff auf den Zweck des Gesetzes (§ 1 Abs. 1 KHG) dahin ausgelegt, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan dann besteht, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (Erste Entscheidungsstufe). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (Zweite Entscheidungsstufe). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht gebilligt (BVerfG, Beschluss vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/96 -, BVerfGE 82, 209).

3. Landesrecht

Mit dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 - HKHG) wurde die Krankenhausplanung des Landes Hessen auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Die Gestaltungsspielräume der Vertragsparteien - Krankenträger und Krankenkassen - wurden im Hinblick auf die Krankenhausplanung auf regionaler Ebene erweitert. Die Krankenhausplanung des Landes beschränkt sich damit nur noch auf eine Rahmenplanung (§ 18 HKHG). Die allgemeinen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans enthalten insbesondere die Planungsgrundsätze und Planungsziele, die Bestimmung von Leistungen nach § 137 Abs. 1 SGB V sowie die Bestimmungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode. Die regionalen Krankenhauskonferenzen haben unter Beachtung der allgemeinen Rahmenvorgaben regionale Planungskonzepte zu entwickeln, die für das jeweilige Versorgungsgebiet die Versorgungsstrukturen und die zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen stationären und teilstationären Kapazitäten festlegen. Die Planungskonzepte stimmen dabei das Versorgungsangebot der Krankenhäuser untereinander ab und enthalten Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere zu Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen.

Die vorgenannten Bestimmungen sind so zu verstehen, dass die Krankenhauskonferenzen in ihren Planungskonzepten auch die Verteilung der zur Bedarfsdeckung notwendigen Betten bzw. Kapazitäten in den einzelnen Fachgebieten (soweit diese nicht nach § 17 Abs. 5 HKHG der landesweiten Planung unterworfen wurden) auf die jeweiligen Krankenhäuser nach den Anforderungen und Kriterien dieses Planes vorzuschlagen haben. Anderenfalls würde der dem Land sowie den Landkreisen und kreisfreien Städten nach § 3 HKHG obliegende Sicherstellungsauftrag zur Gewährleistung der stationären Versorgung gefährdet.

Die regionalen Planungskonzepte werden durch die Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium wirksam und damit Bestandteil des Krankenhausplanes. Die rechtliche Verbindlichkeit für das einzelne Krankenhaus wird durch einen entsprechenden Hinweis in dem jeweiligen Feststellungsbescheid erreicht. Daraus folgt unter anderem, dass das Sozialministerium als die zuständige Landesbehörde lediglich über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder dessen Ausscheiden aus dem Krankenhausplan, nicht aber über dessen konkretes Leistungsangebot oder gar die Schließung entscheidet. Dem Krankenhaus bleibt es selbst bei einem Ausscheiden aus dem Krankenhausplan unbenommen, den Betrieb im Rahmen eines eigenständigen Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen nach § 108 Nr. 3

SGB V oder auch allein auf der Grundlage einer Erlaubnis nach § 30 Gewerbeordnung fortzuführen.

4. Notfallversorgung

Die verbindlichen Vorgaben des Hessischen Krankenhausrahmenplanes zur wohnungsnahen Notfallversorgung sollen eine qualitätsgesicherte, leistungsfähige und regional ausgewogene Gesamtversorgung gewährleisten. Diese nicht disponierbaren Vorgaben haben damit für die eingebundenen Krankenhäuser unabhängig von deren Größe, Leistungsstruktur und Trägerschaft eine Schutzfunktion, die zur fachlichen und wirtschaftlichen Sicherung der notwendigen Vorhaltung beiträgt. Die Kapazitätsanforderungen für die Fachgebiete (Mindestabteilungsgrößen) zielen ebenso auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Gesamtversorgung. Hiervon kann abgewichen werden, wenn beispielsweise die regionale Ausgewogenheit der Versorgung ansonsten nicht gewährleistet wäre oder die besonderen Belange belegärztlicher Tätigkeit dies erfordern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Fachgebieten der Grundversorgung vorhandene Verteilungs- bzw. Gestaltungsspielraum in allen Versorgungsgebieten deutlich über den durch die Notfallversorgung gebundenen Kapazitäten liegt. Daraus folgt, dass weitere Krankenhäuser in die wohnungsnah Grundversorgung einbezogen werden können, die zudem im Rahmen von Schwerpunktbildungen auch für Teilbereiche der Fachgebiete der Grundversorgung notfallmedizinische Leistungen erbringen können und in diesem Falle zusätzlich in die Notfallversorgung einzubinden sind. Für aktuell in die Notfallversorgung eingebundene Krankenhäuser ergibt sich zumindest so lange ein Bestandsschutz und damit keine Veränderung, bis das Sozialministerium die jeweiligen regionalen Versorgungskonzepte genehmigt und die Feststellungsbescheide der einzelnen Krankenhäuser gegebenenfalls entsprechend angepasst hat.

Dabei ist nach den Vorgaben des Krankenhausrahmenplanes davon auszugehen, dass an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser zur stationären Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten die Fachabteilungen

- Chirurgie/Unfallchirurgie,
 - Innere Medizin und
 - Frauenheilkunde/Geburtshilfe
- vorhalten.

Für an der Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten teilnehmende Krankenhäuser, die keine Fachabteilungen Kinderheilkunde und bzw. oder Neurologie führen, gilt zusätzlich:

- Die besonderen Belange pädiatrischer Notfälle sind organisatorisch und personell zu berücksichtigen. Dazu gehört zum einen eine kindgerechte notfallmedizinische Ausstattung, zum anderen ärztliches Personal mit geeigneten Kenntnissen der pädiatrischen Notfallversorgung. Ersatzweise kommt die jederzeit kurzfristige Verfügbarkeit eines pädiatrischen Konsils infrage.
- Die jederzeit kurzfristige Verfügbarkeit eines neurologischen Konsils muss im Bedarfsfall gesichert sein.

Die Vorhaltung intensivmedizinischer Einheiten in den aufgeführten Fachgebieten bzw. die Einrichtung einer intensivmedizinischen Einheit, die interdisziplinär betrieben wird, ist unabdingbare Voraussetzung für die Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung. Die Vorhaltung kann gegebenenfalls auch durch Kooperation von Krankenhäusern untereinander und bzw. oder Dritten erfolgen, soweit die inhaltlichen, qualitativen und zeitlichen Anforderungen erfüllt sind.

Die Notfallpatientin bzw. der Notfallpatient muss in einem an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhaus medizinisch so weit stabilisiert werden können, dass im Bedarfsfall zur qualifizierten notfallmedizinischen Weiterbehandlung der Transport in Kliniken, die ergänzende Schwerpunktleistungen oder Leistungen der Spitzenversorgung vorhalten, möglich ist. Soweit ein unter Umständen längerer Transport in eine solche Klinik medizinisch vertreten werden kann, kann die Einlieferung durch den Rettungsdienst unmittelbar in diese Kliniken erfolgen. Dies gilt vor allem bei besonders schweren oder seltenen Notfällen, zu denen bspw. schwere Schädel-Hirn- oder Polytraumata, Früh- und Risikogeburten, schwere Schlaganfälle mit Bewusstlosigkeit und bzw. oder möglicher Indikation zur Lyse oder neurochirurgischen Intervention gehören.

Die an der Erstversorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten teilnehmenden Krankenhäuser müssen folgende von der Landesärztekammer festgelegten Indikationen versorgen können:

- a) Chirurgie/Unfallchirurgie (Erstversorgung bei Erwachsenen und Kindern):
- stumpfe Traumen von Abdomen und Thorax (insbesondere mit Rupturen von Hohlorganen und bzw. oder akuten Blutungen, z.B. Milz, Leber, Niere, oder sonstigen akut lebensbedrohlichen Zuständen, z.B. Pneumothorax),
 - akute penetrierende Verletzungen (z.B. Stichverletzungen u.Ä.) mit Verletzung lebenswichtiger Organe und bzw. oder großer Gefäße,
 - offene und bzw. oder stark dislozierte knöcherne Verletzungen oder Luxationen mit Störung der Gefäß- und bzw. oder Nervenversorgung (Primärversorgung),
 - Verletzungen großer Gefäße,
 - eingeklemmte Hernien,
 - Peritonitis und akutes Abdomen,
 - urologische Notfälle (Steineinklemmung, Harnverhalt),
 - akute gastrointestinale Blutungen,
 - Verbrennungen, Verbrühungen.
- b) Innere Medizin (Erstversorgung bei Erwachsenen und Kindern):
- akute respiratorische Insuffizienz, z.B. infolge von Status asthmaticus, dekompensiertem Cor pulmonale, Aspiration, Pneumonitis u.a.,
 - akute Funktionsstörungen des Herz-Kreislauf-Systems, z.B. Myokardinfarkt, Lungenödem, hypertensive Krise, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Kammertachykardie, höhergradige AV-Blockierung mit symptomatischer Bradykardie), Lungenembolie, Synkope, Anaphylaxie, akute arterielle Verschlüsse,
 - akute abdominelle Erkrankungen, z.B. akutes Abdomen, akute Pankreatitis, akute gastrointestinale Blutungen,
 - akutes Nierenversagen und Coma uraemicum,
 - Koma als Folge lebensbedrohlicher Stoffwechsellagestörungen, z.B. Coma diabeticum und hypoglykämischer Schock, Coma hepaticum, endokrine Krisen, schwere Elektrolytentgleisungen,
 - akute Vergiftungen, z.B. akzidentielle und suizidale Intoxikationen, Drogenabusus,
 - akute hämatologische bzw. onkologische Erkrankungen, z.B. hämolytische Anämie, thrombozytopenische Purpura, Störungen der Blutgerinnung,
 - neurologische Notfälle, z.B. Apoplex (soweit nicht die Primäreinlieferung in spezialisierte Zentren indiziert ist), zerebrale Krampfanfälle, Meningitis,
 - Delirien.
- c) Frauenheilkunde/Geburtshilfe:
- Extrauterin gravidität,
 - Abortblutung,
 - Eklampsie,
 - Nabelschnurvorfall,
 - Praeviablutung,
 - Erstversorgung von Früh- und Risikogeburten (in unvermeidbaren Fällen, soweit es nicht bereits während der Schwangerschaft möglich war, Vorsorge zu treffen, dass Früh- und Risikogeburten grundsätzlich qualifizierten neonatologischen Abteilungen zugeführt werden).
- d) Pädiatrie (Erstversorgung vor Weiterleitung an pädiatrische Klinik):
- akute respiratorische Insuffizienz, z.B. Krupp-Syndrom, Epiglottitis, Status asthmaticus, Aspiration),

- akute Kreislaufinsuffizienz, z.B. hypovolämischer oder septischer Schock, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen, anaphylaktische Reaktionen,
- zerebrale Anfälle, Koma,
- akute Vergiftungen.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Welche weiteren Krankenhäuser unter welcher Trägerschaft gibt es im Kreis Bergstraße, die nicht im Krankenhausplan verzeichnet sind, welche Art der Versorgung decken diese Krankenhäuser ab und aus welchen Gründen sind sie nicht im Krankenhausplan enthalten?

Im Landkreis Bergstraße sind mit Stand April 2004 - einschließlich der psychiatrischen Versorgung - neun Krankenhäuser in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, die gemäß aktueller Feststellungsbescheide insgesamt 1.390 Betten und 61 teilstationäre Plätze vorhalten. Darüber hinaus werden im Kreis Bergstraße die nachfolgend aufgeführten Krankenhäuser betrieben, die weder in den Krankenhausplan aufgenommen sind noch über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen. Sie werden ausschließlich auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 30 Gewerbeordnung (GewO) betrieben:

- Allee-Klinik, Bensheim, (Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, Urologie),
- Chirurgische Fachklinik Dr. Zwick, Lindenfels, (Chirurgie, Gynäkologie).

Darüber hinaus war die Desaga-Klinik in Lindenfels bis 31. Dezember 2003 im Rahmen des Altvertrages nach § 371 RVO nach § 109 Abs. 3 SGB V als Fachklinik für Stoffwechselerkrankungen zugelassen. Der Versorgungsauftrag wurde durch einen zwischen dem Krankenhausträger und den Kostenträgern geschlossenen Aufhebungsvertrag beendet.

Bezüglich der Entscheidungsgründe, die ausschlaggebend sind, ob Krankenhäuser in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen bzw. nicht aufgenommen werden, wird auf die Vorbemerkung, Nr. 2, verwiesen.

Frage 2. Welche Veränderungen ergaben sich in den letzten drei Jahren für die Krankenhäuser des Kreises Bergstraße hinsichtlich

- a) der Trägerschaft,
- b) der Fachabteilungen,
- c) der Bettenauslastung,
- d) der Patientenströme,
- e) der Wirtschaftlichkeit?

Hierzu können nur Aussagen für die neun in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser getroffen werden.

Zu a:

Änderungen in der Trägerschaft der neun Plankrankenhäuser in den letzten drei Jahren sind nicht bekannt bzw. durch Bescheid nachvollzogen worden.

Zu b:

Innerhalb der letzten drei Jahre gab es keine Veränderungen der Fachabteilungen in den neun in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäusern. Die letzten Änderungen wurden im Rahmen der Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans zum 1. Januar 2001 umgesetzt. Dabei wurden 4,6 v.H. der Kapazitäten der Plankrankenhäuser im Landkreis Bergstraße reduziert. Aufgegeben wurde zudem die Fachabteilung Orthopädie im Heilig-Geist-Hospital in Bensheim, an der seinerzeit ein Planbett vorgehalten wurde.

Zu c:

Zur Beurteilung der Bettenauslastung liegen derzeit amtliche Daten aus der Krankenhausstatistik bis zum Jahr 2001 für die neun Plankrankenhäuser vor. Diese neun Krankenhäuser waren im Jahr 2001 im Durchschnitt zu 74,7 v.H. ausgelastet. Damit lag die durchschnittliche Auslastung mit 1,8 v.H. etwas unter dem Referenzwert des Versorgungsgebietes Darmstadt und mit 3,5 v.H. vergleichsweise deutlich unterhalb des hessischen Durchschnitts. Tabelle 1 des Anhangs zeigt, dass die Auslastung in diesen Krankenhäusern seit 1990 kontinuierlich zurückgegangen ist. Der leichte Anstieg zwischen den Jahren 2000 und 2001 erklärt sich ausschließlich durch die Bettenreduzierungen, die in diesem Zeitraum im Rahmen der Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplanes vorgenommen wurden.

Das Pfl egetagevolumen ist auch zwischen diesen beiden Jahren gesunken, sodass der Auslastungsanstieg nicht aus einer höheren Leistungsnachfrage resultieren kann.

In Tabelle 2 sind die Auslastungsgrade der einzelnen Fachgebiete für die Jahre 1999 bis 2001 dargestellt. Mit Ausnahme der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde liegen - bezogen auf das Jahr 2001 - in allen anderen Fachgebieten die Auslastungsquoten der Plankrankenhäuser des Landkreises Bergstraße sowohl unterhalb der jeweiligen Referenzwerte des Versorgungsgebietes Darmstadt als auch unterhalb des jeweiligen hessischen Durchschnittes. Während in der inneren Medizin und der Psychiatrie diese Differenzen sehr gering sind, fallen sie in den anderen Fachgebieten zum Teil sehr deutlich aus.

Zwischen den Jahren 1999 und 2001 finden sich zumeist nur geringfügige Veränderungen des jeweiligen Auslastungsniveaus. Größere Differenzen sind nur in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und in der Geriatrie zu erkennen.

Zu d:

Krankenhausplanung ist nach der gefestigten Rechtsprechung Angebotsplanung und damit kapazitätsbezogen. Im Vordergrund der Krankenhausplanung stehen dementsprechend die Fallzahlen nach den einzelnen Fachgebieten der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte sowie die jeweilige Verweildauer und die unter c beschriebene Auslastung, die kontinuierlich beobachtet werden. Patientenströme sind krankenhauplanerisch erst relevant, wenn in einzelnen Krankenhäusern gravierende fachgebietsbezogene Über- oder Unterversorgung erkennbar wird. Hierzu müssten Sonderauswertungen der vom Hessischen Statistischen Landesamt im Rahmen der Bundesstatistik erhobenen Daten erfolgen, die mit einem erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden sind. Da es hierfür im Kreis Bergstraße keine typischen Anhaltspunkte gibt, wurde auf eine diesbezügliche Auswertung verzichtet.

Zu e:

Nach § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe des Gesetzes auch Investitionen enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulante Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Während die investive Förderung nach § 9 KHG eine Aufgabe der Länder ist, werden die Erlöse zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und den Verbänden der Krankenkassen vereinbart. Die vereinbarten Budgets bedürfen zwar nach § 18 Abs. 5 KHG der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde, die für Hessen dem Regierungspräsidium Gießen zugeordnet ist. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit des Betriebes der Krankenhäuser lassen sich daraus jedoch nicht herleiten.

Unabhängig von den genannten bundesrechtlichen Regelungen ist durch § 16 HKHG vorgegeben, dass der Jahresabschluss von Krankenhäusern unter Einbeziehung der Buchführung von einem Abschlussprüfer zu prüfen ist. Dabei sind die für die Jahresabschlussprüfungen allgemein geltenden Grundsätze anzuwenden und die Prüfung insbesondere auf

1. die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und des Rechnungswesens,
2. die wirtschaftlichen Verhältnisse und
3. die zweckentsprechende, sparsame Verwendung der pauschalen Fördermittel für die Erst- oder Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern

zu erstrecken. Wenn nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben sind, hat der Abschlussprüfer den Bestätigungsvermerk zu erteilen. Soweit die Bestätigung versagt oder nur eingeschränkt erteilt wird, ist der Abschlussbericht der für die Vergabe der Fördermittel und der für die Genehmigung der Krankenhauspflegesätze zuständigen Behörde vorzulegen. Da für die Krankenhäuser im Kreis Bergstraße bislang keine Abschlussberichte vorgelegt worden sind, ist davon auszugehen, dass deren wirtschaftlichen Verhältnisse geordnet sind. Weitergehende Aussagen sind auf Landesebene nicht möglich, da Krankenhäuser nach § 1 Abs. 1 HKHG eigenverantwortlich wirtschaften.

- Frage 3. Welche Baumaßnahmen für welches Krankenhaus sind in den letzten drei Jahren in welcher Höhe
- beantragt,
 - bewilligt worden und
 - welche Anträge auf Baumaßnahmen liegen zurzeit vor?

Es können nur Auskünfte über Baumaßnahmen der Plankrankenhäuser erteilt werden, die im Rahmen des Achten Abschnitts des Hessischen Krankenhausgesetzes zur Förderung angemeldet und bewilligt wurden.

Dem Marienkrankenhaus in Lampertheim wurden im Jahr 2001 für den Einbau einer geriatrischen Tagesklinik, Ausbau der Physiotherapie 1.661.698,61 € und im Jahr 2002 für den Neubau des Bettenhauses (II. Bauabschnitt, Bauphase 2.3) 5.720.000 € bewilligt. Darüber hinaus hat das Marienkrankenhaus in Lampertheim im Jahr 2003 den III. Bauabschnitt mit voraussichtlichen Kosten in Höhe von 5,9 Mio. € förmlich angemeldet.

Dem St.-Josef-Krankenhaus in Viernheim wurden im Jahr 2002 370.000 € für den Anbau eines Aufzuges mit Treppenhaus als Notmaßnahme bewilligt. Für den beabsichtigten Ersatzneubau ist im vorläufigen Bauprogramm 2006 bis 2010 die Summe von 20.451.600 € vorgesehen.

Der Chirurgisch-Orthopädischen-Fachklinik Lorsch wurden im Jahr 2002 als Folgemaßnahme zu dem bereits zuvor geförderten Erweiterungsbau Fördermittel in Höhe von 453.720 € für den Umbau und die strukturellen Veränderungen der Station 1 bewilligt.

Dem Heilig-Geist-Hospital in Bensheim wurden im Jahr 2001 10.951.872,09 € für Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen in den Pflegebereichen einschließlich Brandschutz - I. Bauabschnitt - und Ersatzbau bewilligt. Für den Ersatzneubau und Sanierungsmaßnahmen - II. BA - sind im Investitionsprogramm 2006 bis 2010 11.248.400 € vorgesehen. Der III. BA - Ersatzneubau und Sanierungsmaßnahmen - wurde bereits 1999 mit voraussichtlichen Kosten in Höhe von 13.770.600 € förmlich angemeldet.

Der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie Bergstraße in Heppenheim wurden im Jahr 2001 für die Durchführung von Brandschutzmaßnahmen 259.224 € und 373.243 € für die Schaffung einer Cafeteria mit zentraler Speisenausgabe bewilligt. Ein Antrag auf Bewilligung von Fördermitteln in Höhe von 332.300 € für die Schaffung eines Zentralarchivs wird derzeit geprüft. Im Bauprogramm 2005 sind für die Zentralisierung der Küche 1.431.600 € vorgesehen. Für die strukturverbessernden Maßnahmen im Hauptgebäude sind 2.300.800 € im vorläufigen Krankenhausbauprogramm zum Krankenhausinvestitionsprogramm 2006 bis 2010 enthalten.

- Frage 4. Gibt es Abteilungen, die vor allem bzw. gänzlich "Belegabteilungen" sind? Wenn ja, aus welchen Gründen?

Belegabteilungen als solche werden nicht eigens im Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes ausgewiesen. Es unterliegt der Organisationshoheit der Krankenhausträger, kooperative Belegarztsysteme einzuführen, solange der Versorgungsauftrag dadurch nicht gefährdet wird. Angaben über die Einrichtung und den Umfang von belegärztlich genutzten Kapazitäten können daher nur aus den Meldungen der Kliniken im Rahmen der Krankenhausstatistik an das Hessische Statistische Landesamt gewonnen werden. Tabelle 3 zeigt, dass im Jahr 2001 an vier Krankenhäusern im Landkreis Bergstraße insgesamt zwölf reine Belegabteilungen eingerichtet waren, das heißt, die ausgewiesenen Planbetten in diesen Fachabteilungen wurden gänzlich belegärztlich geführt. Im Rahmen der Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans wurde allerdings die orthopädische Belegabteilung des Heilig-Geist-Hospitals in Bensheim aufgegeben, sodass aktuell elf Belegabteilungen im Landkreis Bergstraße vorgehalten werden.

Das Heilig-Geist-Hospital in Bensheim und das St.-Josef-Krankenhaus in Viernheim sind zudem reine Belegkrankenhäuser. Alle Fachabteilungen in diesen beiden Kliniken werden belegärztlich geführt.

- Frage 5. Wie beurteilt die Landesregierung die Qualität der Krankenhäuser im Kreis Bergstraße?

Es gibt keinerlei Hinweise, dass Leistungen der in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser des Kreises Bergstraße nicht den zu stellenden fachlichen Anforderungen entsprechen.

- Frage 6. Welche Kooperationsformen zwischen
- Krankenhäusern innerhalb des Kreises Bergstraße,
 - Krankenhäusern innerhalb des Versorgungsgebietes sowie grenzüberschreitend nach Baden-Württemberg,
 - Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten existieren im Kreis Bergstraße?

Ein Ziel des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 - HKHG) ist unter anderem, dass die von den regionalen Krankenhauskonferenzen zu entwickelnden Planungskonzepte nach Abstimmung der Versorgungsangebote Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen enthalten, insbesondere zu Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen. Nach Abschluss der Beratungen in der Krankenhauskonferenz Darmstadt wird das vorzulegende regionale Planungskonzept entsprechende Vorschläge enthalten bzw. bereits vorhandene, aber der Landesregierung nicht bekannte, Kooperationsformen werden aufgeführt sein.

Zurzeit ist nur bekannt, dass derzeit Gespräche über vernetzte Strukturen und Schwerpunktbildungen geführt werden. Ergebnisse dieser Gespräche sind bisher nicht bekannt.

Unabhängig davon gibt es, bedingt durch den gemeinsamen Träger, das Caritaswerk St. Martin, Vernetzungen des Heilig-Geist-Hospitals in Bensheim und des Marienkrankenhauses in Lampertheim.

- Frage 7. a) An welchen Krankenhäusern des Versorgungsgebietes wird ausgebildet?
b) In welchem Umfang?

Für das Jahr 2002 haben das Kreiskrankenhaus Bergstraße in Heppenheim 85 Ausbildungsplätze, das Heilig-Geist-Hospital in Bensheim 60 Ausbildungsplätze und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für soziale Psychiatrie Bergstraße in Heppenheim ebenfalls 60 Ausbildungsplätze für Krankenpflege gemeldet. Die Krankenpflegesschulen sind nach § 2 Nr. 1a KHG mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten.

- Frage 8. Hat die nach § 22 Abs. 1 HKHG seit 1. Januar 2003 vorgeschriebene regionale Krankenhauskonferenz des Versorgungsgebietes 6 bereits getagt, wer ist Mitglied in dieser regionalen Krankenhauskonferenz, wie ist der Stand der Beratungen nach § 22 Abs. 1 Satz 1, 2 und 3 und welche Ausschüsse sind nach § 22 Abs. 7 gebildet?

Die nach § 22 Abs. 1 HKHG vorgeschriebene regionale Krankenhauskonferenz für das Versorgungsgebiet Darmstadt hat sich am 13. November 2003 konstituiert. Eine Liste der Mitglieder dieser Krankenhauskonferenz ist als Anlage beigefügt. Am 22. Januar 2004 fand eine weitere Sitzung statt, in der eine Arbeitsgruppe eingerichtet wurde, die sich mit der Umsetzung des Hessischen Krankenhausrahmenplanes 2005 im Versorgungsgebiet Darmstadt beschäftigen soll. In dieser Sitzung wurden die Entwürfe des Krankenhausinvestitionsprogramms 2006 bis 2010 und des Krankenhausbauprogramms 2005 einschließlich des vorläufigen Krankenhausbauprogramms 2006 bis 2010 nach § 22 Abs. 1 Nr. 3 HKHG sowie die Anträge der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret auf Anerkennung des Schwerpunktes Kinder- und Jugendpsychosomatik innerhalb der Allgemeinpädiatrie und des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen auf Aufbau einer Außenstelle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heppenheim des Zentrums für Soziale Psychiatrie Bergstraße in Dieburg (Landkreis Darmstadt-Dieburg) nach § 22 Abs. 1 Nr. 2 HKHG beraten.

- Frage 9. Ist mit den Krankenhäusern des Kreises Bergstraße nach Auffassung der Landesregierung die in § 1 Abs. 1 des HKHG "patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung" des Kreises Bergstraße sichergestellt?

Der Landkreis Bergstraße nimmt bezogen auf die Fläche Rang sieben und bezogen auf die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsdichte jeweils Rang fünf unter den 21 hessischen Landkreisen ein. Im Landkreis befinden sich drei Städte mit über 30.000 Einwohnern und sieben Städte und Gemeinden mit einer Einwohnerzahl zwischen 10.000 und 30.000. Der Landkreis gehört damit zu den vergleichsweise hoch verdichteten Landkreisen in Hessen. Weder in Bezug auf die Einwohnerzahl noch in Bezug auf die Erreichbarkeit des Versorgungsangebotes stellen sich allerdings besondere Anforderungen, die ein Abweichen von den Strukturüberlegungen für die unabdingbare Not-

fallversorgung, die im Rahmen der Erstellung des Krankenhausrahmenplans 2005 getroffen worden sind, erfordern würden.

In keinem anderen Landkreis in Hessen gibt es derzeit eine höhere Zahl von Plankrankenhäusern als im Landkreis Bergstraße. Rund die Hälfte der neun Plankrankenhäuser im Landkreis nimmt jedoch versorgungsgebietsbezogene und überregionale Aufgaben wahr. Die Bettenkapazitäten im Versorgungsgebiet Darmstadt sind damit - neben der Stadt Darmstadt - im Landkreis Bergstraße konzentriert. Die drei weiteren Landkreise, die zum Versorgungsgebiet gehören, weisen eine zum Teil deutlich unterdurchschnittliche Bettendichte aus.

Der Landkreis Bergstraße grenzt zudem an die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. In beiden Bundesländern finden sich in unmittelbarer Nähe zum Landkreis Bergstraße mehrere Kliniken der Grundversorgung sowie - in Heidelberg und Mannheim - zwei Universitätskliniken. Die beiden zweit- und drittgrößten Städte des Landkreises - Viernheim und Lampertheim - grenzen direkt an beide bzw. eines dieser Bundesländer. Aus diesen strukturräumlichen Gegebenheiten resultiert ein spezifisches bundesländerübergreifendes Inanspruchnahmeverhalten in dieser Region. Nicht zuletzt dieses Inanspruchnahmeverhalten führt im Ergebnis wiederum dazu, dass sich im Versorgungsgebiet Darmstadt - bei der beschriebenen Konzentration im Landkreis Bergstraße - zum einen die mit Abstand niedrigste Planbettendichte aller Versorgungsgebiete in Hessen findet und zum anderen diese Planbetten - ebenfalls im Versorgungsgebietsvergleich - nur unterdurchschnittliche Auslastungsquoten aufweisen.

In der Gesamtbewertung lassen sich derzeit keine Hinweise finden, die die Sicherstellung einer patientengerechten Versorgung im Landkreis Bergstraße infrage stellen würden. Im Hinblick auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsstrukturen wird eine Konsolidierung der unterdurchschnittlichen Auslastungsquoten im Rahmen des regionalen Versorgungskonzeptes nur durch eine weitere Reduktion der Bettenzahl zu erreichen sein.

Frage 10. In welchen Fachgebieten gibt es
a) Unterversorgung,
b) Überversorgung?

Unter- und Überversorgung sind komplexe Phänomene, die im Rahmen der Krankenhausplanung lediglich in ihrer Kapazitätsdimension beurteilt werden können. Wesentliche Kenngröße dafür ist der durchschnittliche Auslastungsgrad. In der Regel wird davon ausgegangen, dass Versorgungsengpässe dann gegeben sind, wenn eine festgelegte Normauslastung überschritten wird. Kapazitätsüberhänge finden sich hingegen, wenn diese festgelegte Normauslastung unterschritten wird. Während in den Vorjahren die Normauslastungsgrade auf das jeweilige Fachgebiet bezogen waren, ist im Rahmen der aktuellen Krankenhausrahmenplanung auf verweildauerbezogene Normauslastungsquoten übergegangen worden. Damit lassen sich die Leistungsanforderungen vor Ort sachgerechter abbilden. Diese Normauslastungsquoten schwanken - bei 2,5 Prozentpunktschritten - zwischen 80 und 90 v.H. In Tabelle 4 sind die Normauslastungsgrade, die sich für die neun Plankrankenhäuser des Landkreises Bergstraße ergeben, den tatsächlichen Auslastungsgraden des Jahres 2001 gegenübergestellt.

Die Daten zeigen, dass mit Ausnahme der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in keinem anderen Fachgebiet die Normauslastungsquote überschritten wird. In einzelnen Fachgebieten finden sich sogar sehr erhebliche Unterschreitungen der jeweiligen Normauslastung.

Zu a):

Von einer Unterversorgung muss aufgrund der zur Verfügung stehenden Datenlage in den Plankrankenhäusern des Landkreises Bergstraße derzeit nicht ausgegangen werden. Lediglich im Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde findet sich ein deutlich überdurchschnittlicher Auslastungsgrad. Die derzeit ausgewiesenen Kapazitäten werden damit nicht in vollem Umfang dem Bedarf vor Ort gerecht. Allerdings ist das Leistungsgeschehen an den drei Fachabteilungen HNO im Landkreis Bergstraße, die zusammen zehn Planbetten vorhalten, sehr ungleichmäßig verteilt. Nicht an allen dieser Fachabteilungen wird damit eine überdurchschnittlich hohe Auslastungsquote erreicht. Darüber hinaus wurde auf der Grundlage der Bedarfsprognosen im Rahmen des Hessischen Krankenhausrahmenplans für das Versorgungsgebiet

Darmstadt in der Hals-Ohren-Heilkunde - im Gegensatz zum landesweiten Trend in diesem Fachgebiet - bis 2005 ein Mehrbedarf von vier Betten ermittelt. Wie sich dieser Mehrbedarf innerhalb des Versorgungsgebietes verteilt, ist zunächst in der Krankenhauskonferenz zu verhandeln und dem Sozialministerium im Rahmen eines Planungskonzeptes zur Genehmigung vorzuschlagen. Die Bedarfslage in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde im Landkreis Bergstraße kann von den betroffenen Krankenhausträgern in die Erörterungen der regionalen Krankenhauskonferenz eingebracht werden.

Zu b:

Die vergleichsweise sehr niedrigen Auslastungsraten in den Fachgebieten Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Orthopädie, Urologie sowie den sonstigen Fachbereichen sind als ein Indiz für eine mangelnde Bedarfsgerechtigkeit der Kapazitäten zu werten und bedürfen im Rahmen der Entwicklung eines regionalen Versorgungskonzeptes der Anpassung.

Frage 11. Welche Krankenhäuser des Landkreises Bergstraße werden aufgrund des geringer prognostizierten Bettenbedarfes des Versorgungsgebietes 6 im Jahr 2005 in welcher Art und Weise betroffen sein?

Eine Aussage über Art und Weise der im Landkreis Bergstraße aufgrund des geringer prognostizierten Bettenbedarfes des Versorgungsgebietes 6 im Jahr 2005 betroffenen Krankenhäuser kann zurzeit nicht getroffen werden, da, wie bereits in der Antwort zu Frage 8 ausgeführt, die zuständige Krankenhauskonferenz Darmstadt noch kein regionales Versorgungskonzept entwickelt hat. Erst nachdem das regionale Versorgungskonzept vorliegt, werden Aussagen über die Auswirkungen des prognostizierten Bettenbedarfs im Jahr 2005 auf die jeweiligen Krankenhäuser des Versorgungsgebietes und somit auch bezüglich der Krankenhäuser des Landkreises Bergstraße möglich sein.

Frage 12. Welche Optionen haben nach Auffassung der Landesregierung die politisch Verantwortlichen des Kreises Bergstraße, die patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen?

Nach § 3 HKHG ist die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Zu Sicherstellung der Versorgung werden Krankenhäuser nach Maßgabe des Krankenhausplanes von Landkreisen, Gemeinden, dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts jedoch nur dann selbst oder in deren Auftrag von Dritten errichtet und betrieben, soweit sie nicht von freigemeinnützigen und privaten Trägern errichtet und betrieben werden. Dabei ist entsprechend § 1 Abs. 2 HKHG die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenversorgung der Bevölkerung zu geben, soweit sie dazu bereit und in der Lage sind.

Die landesgesetzlichen Vorgaben und die ergänzenden fachlichen Anforderungen des neuen Hessischen Krankenhausrahmenplanes 2005 ermöglichen vielfältige Gestaltungsformen der stationären Krankenversorgung, die allerdings nur in Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen geprüft und bewertet werden können und in der zuständigen Krankenhauskonferenz abzustimmen sind.

Frage 13. Welche Veränderungen werden nach Einschätzung der Landesregierung aufgrund der Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes und des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2003 auf die Krankenhäuser des Versorgungsgebietes 6, insbesondere auf die Krankenhäuser des Kreises Bergstraße, zukommen?

Die absehbaren Entwicklungstendenzen sind bereits im allgemeinen Teil der Begründung des im Jahr 2002 von der Landesregierung in den Hessischen Landtag eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 - HKHG) ausführlich beschrieben worden. Danach müssen sich die Krankenhäuser nicht nur untereinander vernetzen und Versorgungsschwerpunkte bilden, sondern sich auch für komplementäre Versorgungsbereiche öffnen und insgesamt zu medizinischen Dienstleistungszentren entwickeln.

Wiesbaden, 27. April 2004

Silke Lautenschläger

Anlage

Tabelle 1: Auslastung der Plankrankenhäuser im Landkreis Bergstraße

Jahr	Planbetten (HSL-Meldung)	Pflegetage	Auslastung
1990	1.647	519.624	86,4 v.H.
1991	1.643	507.834	84,7 v.H.
1992	1.607	496.355	84,6 v.H.
1993	1.602	472.521	80,8 v.H.
1994	1.533	474.625	84,8 v.H.
1995	1.529	461.950	82,8 v.H.
1996	1.526	440.931	79,2 v.H.
1997	1.511	423.416	76,8 v.H.
1998	1.490	414.673	76,2 v.H.
1999	1.486	407.954	75,2 v.H.
2000	1.486	400.277	73,8 v.H.
2001	1.407	383.670	74,7 v.H.

Krankenhausstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden

Tabelle 2: Auslastung der Plankrankenhäuser im Landkreis Bergstraße zwischen 1999 und 2001 nach Fachgebieten

Fachgebiet	1999	2000	2001
Chirurgie	74,2 v.H.	73,5 v.H.	71,8 v.H.
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	59,1 v.H.	60,6 v.H.	62,5 v.H.
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	98,3 v.H.	104,3 v.H.	90,3 v.H.
Innere Medizin	78,3 v.H.	78,0 v.H.	80,5 v.H.
Geriatric	77,7 v.H.	63,7 v.H.	51,6 v.H.
Orthopädie	52,7 v.H.	51,3 v.H.	48,7 v.H.
Psychiatrie	87,2 v.H.	87,6 v.H.	89,0 v.H.
Urologie	56,7 v.H.	47,5 v.H.	56,6 v.H.
Sonstige Fachbereiche	72,3 v.H.	65,6 v.H.	68,4 v.H.
Alle Fachgebiete	75,2 v.H.	73,8 v.H.	74,7 v.H.

Krankenhausstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden

Tabelle 3: Belegärztlich genutzte Kapazitäten in den Plankrankenhäusern im Landkreis Bergstraße im Jahr 2001 nach Fachgebiet

Klinik	Fachgebiet	Planbetten (HSL-Meldung)	davon Belegbetten
Luisen-Krankenhaus, Lindenfels	Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	15	15
	Chirurgie	36	36
	Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	12	12
	HNO	3	3
	Innere Medizin	53	53
KKH Bergstraße, Heppenheim	HNO	3	3
	Chirurgie	45	45
	Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	25	25
	HNO	4	4
	Innere Medizin	87	87
	Orthopädie	1	1
	Urologie	7	7

Krankenhausstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden

Tabelle 4: Durchschnittliche und Norm-Auslastungsgrade in den Plankrankenhäusern im Landkreis Bergstraße im Jahr 2001

Fachgebiet	Tat. Auslastung	Normauslastung
Chirurgie	71,8 v.H.	85,0 v.H.
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	62,5 v.H.	80,0 v.H.
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	90,3 v.H.	80,0 v.H.
Innere Medizin	80,5 v.H.	85,0 v.H.
Geriatric	51,6 v.H.	90,0 v.H.
Orthopädie	48,7 v.H.	87,5 v.H.
Psychiatrie	89,0 v.H.	90,0 v.H.
Urologie	56,6 v.H.	80,0 v.H.
Sonstige Fachbereiche	68,4 v.H.	90,0 v.H.

Krankenhausstatistik © Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden
 Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH), Wiesbaden

Krankenhauskonferenz/Besetzung Kostenträgerseite

Konferenz		Mitglieder		Stellvertreter
Darmstadt	AOK	Herr Frank Losert AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	AOK	Frau Verena Reddig AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
	AOK	Frau Sabine Borchert AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	AOK	Herr Peter Heimscheid AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
	AOK	Frau Barbara Hauschild AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	AOK	Herr Theodor Gärtner AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
	BKK	Frau Christina Grün sancura BKK	BKK	Herr Michael Görlich BKK Opel
	VdAK	Herr Hans-Joachim Bechstein Barmer Ersatzkasse - Landesgeschäftsstelle	VdAK	Herr Alexander Derstroff Barmer Ersatzkasse - Landesgeschäftsstelle
	VdAK	Herr Reiner Kunz DAK - Vertragsbereich Hessen	VdAK	Herr Karl-Heinz Walz DAK - Vertragsbereich Hessen
	VdAK	Herr Manfred Rauch Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Hessen	VdAK	Herr Martin Zentgraf Techniker Krankenkasse - Landesvertretung Hessen
	PKV	Herr Michael Bechteler Süddeutsche Krankenversicherung a. G.	PKV	Herr Franz Prommersberger Hallesche Krankenversicherung a. G.

Krankenhauskonferenz/Besetzung Krankenhausbank

	Mitglieder	Stellvertreter
kommunal	Herr Verwaltungsdirektor Rainer Greunke Klinikum Darmstadt	Herr Verwaltungsdirektor Joachim Hübner LWV Hessen
	Herr Ltd. Magistratsdirektor Willi Burgard	Herr Verwaltungsdirektor Joachim Hübner LWV Hessen
	Herr Krankenhausdirektor Wolfgang Wilhelm Kreisausschuss Kreis Groß-Gerau	Herr Verwaltungsdirektor Andreas Schwab Kreiskrankenhaus Erbach
	Herr Ltd. Rechtsdirektor Dietlef von Borck Kreisausschuss Landkreis Darmstadt-Dieburg	Herr Jürgen Lehmborg 1. Beigeordneter Kreis Bergstraße
ev.	Herr Geschäftsführer Roland Trefftz Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift	Herr Dieter Frank Hessischer Diakonieverein
kath.	Herr Geschäftsführer Bernhard Franzreb Caritas-Werk St. Martin	Herr Verwaltungsleiter Hartmut Gediga St. Rochus Krankenhaus
fr. g.	Herr Geschäftsführer Dr. Richard Röhrig Stiftung Alice-Hospital	Herr Prof. Dr. med. Christian Petermann Stiftung Alice-Hospital
privat	Frau Dr. Vetter-Jährling Klinik Auerbach Dr. Vetter KG	Frau Dr. Katrin Keim-Zimmermann Chirurgisch-Orthopädische Fachklinik Lorsch GmbH & Co. KG

Krankenhauskonferenz/Besetzung Krankenhausbank

Vorsitzender	Stellvertreter
Herr Bürgermeister Wolfgang Glenz Wissenschaftsstadt Darmstadt - Dezernat II	Herr Horst Schnur Landrat des Odenwaldkreises